

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932 - 1933. — N° 109

Pronostic
de
Cysto-épithéliomes
de l'ovaire

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 23 Décembre 1932

PAR

Ferdinand TEITGEN

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à OTTANGE (Moselle), le 1^{er} juin 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
		DUVERGEY, professeur.....	
		LOUBAT, agrégé.....	Juges.
		DAMADE, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932 - 1933. — N° 109

Pronostic
de
Cysto-épithéliomes
de l'ovaire

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 23 Décembre 1932

PAR

Ferdinand TEITGEN

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à OTTANGE (Moselle), le 1^{er} juin 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
		DUVERGEY, professeur,.....	Juges.
		LOUBAT, agrégé.....	
		DAMADE, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAËT.	Médecine expérimentale	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.	CARLES.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements.	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.	DELAUNAY.
Anatomie	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	PORTMANN
Chimie.	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.	LABAT.
Botanique et matière médicale.	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CREYX.
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique dentaire	CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	PAPIN.
id.	DUFOUR.	id.	JEANNENEY.
Physiologie.	FABRE.	id.	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.	R. SIGALAS.	id.	LOUBAT.
Médecine générale.	N.	Obstétrique.	PERY.
id.	AUBERTIN.	id.	RIVIÈRE.
id.	DAMADE.	Ophtalmologie.	BEAUVIEUX
id.	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.	JOULIA.
id.	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE
Maladies mentales.	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	PAPIN.	Puériculture	FAUGÈRE.
Physiologie	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.	GOLSE.
Accouchements	PERY.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle			
id.	Clinique dentaire		

MM. { CABANNES (en congé).
BEAUVIEUX (chargé).
N.
GOURDON.
DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

Bien faible témoignage de ma piété
filiale et de ma profonde reconnaissance.

AUX MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la
Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MES MAÎTRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE NANCY

A MES MAÎTRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A MON JURY DE THESE

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine
de Bordeaux,*

Chirurgien des Hôpitaux,

Membre correspondant de la Société de Chirurgie,

Chevalier de la Légion d'honneur,

Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,

Officier de l'Instruction publique.

Qui nous fit le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous le prions de vouloir bien accorder son indulgence pour ce travail, auquel nous aurions voulu imprimer la marque de son enseignement si précis et si documenté.

PRONOSTIC
DE
CYSTO-ÉPITHÉLIOMES
DE L'OVAIRE

I

FREQUENCE DE LA DEGENERESCENCE MALIGNE DES
KYSTES DE L'OVAIRE

Autrefois, avant les interventions chirurgicales, les médecins, considérant l'évolution habituellement lente des kystes de l'ovaire, concluaient à la bénignité de ces tumeurs ovariennes.

Certes il s'agissait d'une affection pénible, capable de produire de nombreux troubles chez les malades. Souvent les kystes, avant même d'avoir atteint un volume considérable, étaient à l'origine de l'inappétence, de l'insomnie, de la dyspnée respiratoire, des troubles de compressions vasculaires et nerveuses, qui réduisaient l'activité des malades, et parfois même les condamnaient à l'immobilité, jusqu'au jour où la mort, provoquée par une péritonite aiguë ou chronique, due à une rupture du kyste, à l'inflammation et à la suppuration de son contenu, mettait une fin à ces maux.

Bien entendu, les divers traitements médicaux que l'on pouvait appliquer restaient sans résultats appréciables. Plus

tard, l'on crut avoir trouvé, avec la ponction, un moyen radical de guérison. Hélas! si la ponction réussissait à soulager momentanément la patiente, en permettant une décompression passagère des organes abdominaux et pelviens, la répétition des ponctions a certainement joué un rôle important dans la terminaison fatale de la maladie, en soustrayant à l'économie une grande quantité de liquide. Il est intéressant de fixer approximativement la durée de la maladie lorsqu'elle n'était pas interrompue par l'extirpation de la tumeur. Nous trouvons des données sur ce sujet chez deux auteurs qui ont essayé de la déterminer dans une série de cas.

D'après les 131 cas rapportés par T. S. Lee, la mort survint :

- 38 fois après une année;
- 25 fois après deux ans;
- 17 fois après trois ans;
- 10 fois après quatre années;
- 27 fois après cinq à seize ans;
- 2 fois après vingt-cinq ans;
- 1 fois après trente ans;

D'après les 175 cas réunis par John Cley, la mort survint :

- 32 fois après un an;
- 42 fois après deux ans;
- 28 fois après trois ans;
- 19 fois après quatre ans;
- 39 fois après quatre à dix ans;
- 15 fois au delà de dix ans.

En l'an 1809, Mac Dowell, à Kentucki, pratiqua, pour la première fois, l'ovariotomie. Une vulgarisation générale de l'ovariotomie ne se produisit qu'après l'apparition de l'anesthésie et de l'asepsie en chirurgie. Et, si de nombreux chirurgiens allemands et anglais suivirent l'illustre exemple de Dowell, les chirurgiens français ne pratiquèrent l'ovariotomie qu'exceptionnellement avant 1870.

Les premiers résultats obtenus par la pratique de l'ovariotomie confirment que les kystes de l'ovaire, uni ou multiloculaires, paraissent être de nature bénigne : l'ovariotomie avait-elle réussie, l'opérée était considérée comme radicalement guérie de sa maladie.

Mais le nombre des ovariectomies allant en croissant de jour en jour, l'on fut souvent surpris par l'évolution inattendue que suivait la maladie : celle-ci, que l'on croyait avoir définitivement jugulée, se réveillait dans nombre de cas et le succès escompté ne persista guère devant les récidives sur place ou au niveau de l'autre ovaire, que l'on avait respecté parce qu'au moment de l'intervention il avait paru intact.

Bientôt même l'on signala des généralisations après ablation d'un kyste de l'ovaire multiloculaire simple.

Delpéch, dès 1828 (*Clinique chirurgicale de Montpellier*, t. II) avait cru pouvoir rapprocher le kyste de l'ovaire du cancer. Panas, en 1870, rapporta à la Société de chirurgie une observation concluante.

Les histologistes intervinrent : leurs recherches démontrèrent : d'abord, que le kyste uniloculaire vrai n'existait pas ; ensuite, que les kystes étaient susceptibles de subir la dégénérescence cancéreuse.

Aussi, parce que l'on eut à combattre des récidives sur place ou dans l'autre ovaire, ou même des généralisations, l'on se préoccupe moins des suites immédiates de l'ovariotomie, qui avec le perfectionnement de la technique opératoire furent excellentes, que des suites éloignées.

Les auteurs furent frappés par l'étonnante variabilité d'évolution des tumeurs ovariennes d'origine et de structure microscopique identiques, dont la marche et les symptômes cliniques, cependant différaient d'une manière absolue : telle tumeur habituellement bénigne était capable de se généraliser comme un véritable cancer ; tel kyste proliférant, ayant contracté de solides adhérences avec les organes environnants évoluent avec une lenteur incapable de faire soupçonner sa malignité.

C'est à cause de ces observations contradictoires que l'on ne peut ranger le kyste de l'ovaire parmi les néoplasmes graves, bien qu'il s'en rapproche par divers côtés : d'origine épithéliale, il est capable de se greffer, de récidiver et de se généraliser. Et pourtant l'on ne saurait admettre l'équation suivante :

kyste de l'ovaire = néoplasme grave;

trop d'exemples cliniques prouveraient l'exagération de cette affirmation; et le tableau ci-dessous, dû à Cerné (*Rev. méd. de Normandie*, avril 1904), est suffisamment explicite à ce sujet.

Cervé, sur 50 cas, observe 21 cas de kystes malins, c'est-à-dire 42 p. 100.

Fr. Hué, sur 74 cas, observe 11 cas de kystes malins, c'est-à-dire 14,8 p. 100.

Dubar, sur 85 cas, observe 9 cas de kystes malins, c'est-à-dire 10 p. 100.

Duret, sur 109 cas, observe 13 cas de kystes malins, c'est-à-dire 12 p. 100.

Bousquet, sur 76 cas, observe 13 cas de kystes malins, c'est-à-dire 17 p. 100.

Monod, sur 11 cas, observe 15 cas de kystes malins, c'est-à-dire 13,5 p. 100.

Schwartz, sur 116 cas, observe 26 cas de kystes malins, c'est-à-dire 23,3 p. 100.

Dégénérescence maligne de kystes papillaires.

De nombreux auteurs allemands ont étudié les kystes papillaires surtout au point de vue les résultats opératoires éloignés. Nous transcrivons ci-dessous dans quelles proportions les auteurs ont observé des métastases malignes, mais nous regrettons de ne pouvoir apporter à côté de ce pourcentage le nombre d'observations qui a servi à l'établir.

Les kystes papillaires de l'ovaire ont donné des métastases malignes, d'après :

- Schulze, dans 27 p. 100 des cas;
 - Pfrannenstiel, dans 26,13 p. 100 des cas;
 - Zweifel, dans 26 p. 100 des cas;
 - Leopold, dans 22,2 p. 100 des cas;
 - Hofmeier, dans 22 p. 100 des cas;
 - Freund, dans 21,6 p. 100 des cas;
 - Fritch, dans 17 p. 100 des cas.
 - Olshausen, dans 13 p. 100 des cas;
 - Runge, dans 15 p. 100 des cas.
-

II

LE CYSTO-EPITHELIOME PRIMITIF

Les kystes de l'ovaire simples ou cysto-épithéliomes, ainsi les appela Quenu, constituent des poches sensiblement sphériques ou ovoïdes, dont l'extrémité la moins volumineuse répond à leur point d'implantation.

Leur surface, irrégulière, présente, la plupart du temps, des bosselures, variables en nombre, suivant la quantité de loges secondaires contenues dans la poche principale. Ces diverses bosselures sont séparées les unes des autres par des sillons de profondeur inégale, ceux-ci répondent à l'implantation sur la paroi principale des cloisons qui séparent les diverses loges du kyste. En effet, un examen attentif permet de vérifier qu'il n'existe pas de kyste uniloculaire à proprement parler : il est toujours possible de découvrir en un point quelconque de la paroi des logettes de petit volume.

La paroi kystique, lisse, brillante et transparente, présente, en général, une coloration bleutée ou blanc nacre, selon son épaisseur et son contenu. Dans son épaisseur, se dessinent, par transparence, des arborisations bleuâtres qui convergent vers le pédicule et ne sont que de grosses veines plus ou moins aplaties et élargies.

SITUATION.

Les kystes affectent avec l'ovaire des rapports variés : parfois ils lui sont intimement liés, et, lors de leur accroissement, ils aplatissent l'ovaire à leur surface; d'autres fois, ils se développent à côté de la glande génitale et ne sont

reliés à elle que par un pédicule nourricier, contenant toujours les vaisseaux sanguins de l'ovaire enfouis dans une gangue conjonctive.

La longueur variable du pédicule permettra aux kystes d'occuper des situations variées, et l'on a l'occasion d'observer :

1° *Des kystes libres et pédiculés*, dont la grande mobilité favorise leur ascension dans l'abdomen. Ces kystes sont fixés à la corne utérine par un pédicule ou bien étroit et grêle, ou bien large et épais, à l'intérieur duquel on distingue, du dedans au dehors : le ligament utéro-ovarien, la trompe, son méso et l'aileron postérieur du ligament large.

2° *Des kystes sessiles, inclus dans le ligament large*, fixés entre les deux feuillets du ligament large sur le côté de l'utérus, qu'ils refoulent latéralement.

3° Enfin, *des kystes qui se sont libérés du ligament large* et sont allés s'étaler sous le péritoine pariétal postérieur.

A droite, ils peuvent dédoubler le mésocôlon et le mésentère.

A gauche, pénétrant dans le mésocôlon sigmoïde, ils chassent par-devant eux les anses intestinales et les vaisseaux.

STRUCTURE.

L'examen microscopique prouve que la paroi kystique comprend trois parties nettement différenciées :

1° La surface externe des parties libres est recouverte d'un épithélium plat, semblable à l'endothélium péritonéal, mais appartenant en propre au kyste;

2° Une couche intermédiaire de tissu conjonctif se subdivisant en une partie externe formée de fibres conjonctives très serrées, et d'une partie interne plus lâche, sillonnée par de nombreux vaisseaux, en particulier par des veines, souvent très larges, aplaties sous l'influence de la pression excentrique du contenu;

3° La couche interne, composée d'une seule assise de cellules épithéliales polymorphes.

Ces éléments peuvent, suivant les cas, être : cylindriques, cubiques, prismatiques, caliciformes, gonflés par du mucus, et sont régulièrement juxtaposés les uns à côté des autres, ou bien, formant une bande protoplasmique, multinucléaire, sans limites cellulaires, ils rappellent le syncytium. Mais toujours cette assise unique est séparée du stroma sous-jacent par une membrane basale.

Ces figures cellulaires variées peuvent être réunies et mélangées dans un même kyste.

La multiplication de ces cellules épithéliales a pour conséquence de modifier profondément la forme du kyste simple que nous avons décrit jusqu'ici.

Lorsque la prolifération de cet épithélium s'accompagne d'une force centrifuge, les cellules s'enfoncent dans l'épaisseur du stroma conjonctif, y dessinant des cordons et des tubes épithéliaux. Ceux-ci, par la suite, se développeront, se dilateront et donneront naissance à des kystes secondaires, transformant par ce processus le kyste uniloculaire en kyste multiloculaire. D'autres fois, la multiplication des cellules se traduit par un épaississement du revêtement épithélial qui se plisse et se soulève, formant des diverticules dans lesquels le tissu conjonctif pénètre secondairement, réalisant des végétations endogènes à peine esquissées. Plus tard, ces végétations s'accroîtront et se multiplieront.

Leurs formes et leurs dimensions varient à l'infini, tantôt de simples élevures, tantôt des bourgeons à plusieurs branches, tantôt de véritables arborisations; elles sont charnues et rosées ou gélatiniformes, transparentes, ou blanc grisâtre. De nombre variable, peu nombreuses, elle pendent à l'intérieur de la cavité kystique. Multipliées à l'infini, elles parviennent à remplir complètement le kyste et à le transformer en une tumeur solide. Bien mieux, leur croissance se continuant, elles exercent une force centrifuge progressive sur la paroi du kyste, elles crèvent la paroi et s'échappent au dehors; les végétations endogènes deviennent externes. Donc, qu'il s'agisse de végétations contenues dans le kyste ou

de végétations recouvrant sa surface externe, elles reconnaissent la même origine et affectent la même structure anatomique. Elles sont recouvertes d'une couche unique de cellules épithéliales polymorphes, et leur axe conjonctivo-vasculaire s'implante sur la membrane fibreuse de la paroi kystique.

CONTENU.

Le kyste contient dans sa cavité un liquide d'aspect et de consistance variables. Ce liquide peut être clair, ou légèrement citrin, ou jaunâtre, et même couleur de chocolat, suivant l'abondance et le degré d'altération des éléments colorants du sang qui peuvent entrer dans sa constitution.

Du fait que ce liquide est produit par la sécrétion des cellules épithéliales et qu'il contient en suspension des cellules épithéliales desquamées, sa consistance dépendra, en grande partie, de la forme des cellules épithéliales : ainsi, dans les kystes revêtus de nombreuses cellules caliciformes, le contenu est plus épais que dans les kystes à cellules cylindriques ou cubiques; dans les petites cavités des kystes aéro-laires, il prend la forme d'une substance gélatineuse, blanchâtre, semi-solide, très adhérente. En général, il est onctueux, visqueux et filant. Parfois même des gaz ont pu se développer à l'intérieur du kyste par suite de fermentations microbiennes dues à une infection.

III

CLASSIFICATION

Les kystes mucoïdes de l'ovaire, bien qu'étant de même nature (ils comprennent tous un revêtement interne doublé d'une couche fibreuse), se différencient grandement par leur aspect morphologique et présentent une non moins grande différence d'évolution clinique et de pronostic.

Nos prédécesseurs ont établi une classification des kystes mucoïdes basée sur ces différences. Malgré son imprécision, nous croyons pouvoir la conserver parce qu'elle groupe les kystes en diverses catégories suivant leurs caractères macroscopiques. Un simple regard jeté sur les kystes nous permettra donc de leur assigner une place dans notre classification, mais, en négligeant l'examen histologique, nous perdons le seul moyen suffisant et nécessaire pour tirer des conclusions exactes et précises des multiples observations que nous pourrions avoir l'occasion d'analyser.

A chaque classe répond un type de tumeur kystique possédant un potentiel de malignité plus ou moins nettement défini : la nature bénigne ou maligne correspondra à la structure plus ou moins complexe du kyste; la gravité du pronostic croîtra en raison directe du nombre des poches, de leur petit volume, de la présence de végétations internes ou à la surface du kyste. Bref, plus le cysto-épithéliome perd ses caractères kystiques, plus il se rapproche d'une tumeur solide, plus il faut compter avec sa malignité.

On a été autorisé à établir ce rapport depuis que l'on a admis que le kyste uniloculaire représentait l'état sénile des

kystes de l'ovaire; depuis que l'on a pensé qu'il était dépourvu de toute activité prolifératrice et dégénérative.

Le cysto-épithéliome, à son origine, serait multiloculaire, puis, sous diverses influences, par suite, peut-être, de la pression élevée à l'intérieur de la cavité, seule ou associée à la sclérose des vaisseaux, troublant les échanges nutritifs au centre des cloisons, il se produirait une destruction et une résorption progressive des cloisons. Tels seraient le processus et les étapes suivis par le kyste multiloculaire pour se transformer en kyste uniloculaire. Malassez et Sinéty confirment cette hypothèse : « Les kystes multiloculaires sont des épithéliomas mucoïdes en pleine activité; les uniloculaires des épithéliomas éteints ou presque éteints. » Cruvelhier a montré, de son côté, que, depuis le kyste uni ou pauciloculaire jusqu'au kyste multiloculaire et jusqu'aux masses kystiques aréolaires, il était toujours possible de trouver toutes les transitions anatomiques.

Donc il nous est permis d'inscrire la nature maligne croissante des kystes de l'ovaire dans l'ordre suivant :

1° *Kystes pauciloculaires, ou épithéliomas mucoïdes simples*, rappellent les tumeurs bénignes. Ils ne s'accroissent que lentement, et, après leur extirpation, il est permis de porter un pronostic favorable : la guérison définitive est de règle. Cependant quelques auteurs ont observé de rares cas de récidives et de généralisations (nous rapportons un cas indiscutable publié par Baumgarten). Dans ces conditions, nous ne pouvons pas leur dénier une malignité relativement faible.

2° *Kystes multiloculaires* : avec eux les surprises désagréables sont fréquentes, parce que, le plus souvent; l'intervention chirurgicale n'avait permis d'extirper, semblait-il, qu'une tumeur bénigne. Après l'opération, les malades avaient retrouvé une santé parfaite, et l'on pouvait escompter une guérison durable. Tous les travaux portant sur les kystes multiloculaires relatent des récidives et des généralisations consécutives à l'extirpation de ces tumeurs, classées au moment de l'opération parmi les bénignes. Un examen

histologique s'impose. Souvent, cette investigation supplémentaire infirmera le diagnostic clinique et aggravera le pronostic.

3° *Les kystes végétants*, par leur présence, font presque toujours porter un pronostic réservé, bien qu'ils ne tendent qu'accessoirement à envahir et à détruire les organes voisins. Habituellement, ils ne provoquent que des troubles de compression et ils entraînent l'apparition d'ascite, qui ne manque presque jamais lorsqu'existent des végétations externes.

Cette malignité est due à leur tendance indiscutable à changer leurs caractères anatomiques : progressivement, les cellules épithéliales qui recouvrent les végétations s'éloignent du type régulier, leur prolifération devient plus désordonnée, si bien qu'au stade ultime l'épithélium a pris un caractère métatypique et le kyste bénin initial s'est transformé en carcinome.

Dans certaines circonstances indéterminées, le tissu conjonctif prend part à la dégénérescence, et, à l'intérieur des végétations, on rencontre des parties dont l'aspect se rapproche de celui des sarcomes.

Ces dégénérescences malignes peuvent partiellement se produire à une époque où l'examen superficiel du kyste laisse encore croire à sa bénignité. Il en résulte que fréquemment on a été convaincu d'avoir enlevé, lors de l'opération, une tumeur bénigne, que l'on a persisté dans son erreur jusqu'au jour où une récurrence subite vient brusquement apporter une donnée nouvelle; à savoir, la dégénérescence maligne de la tumeur supposée bénigne. Dès lors, il est facile d'expliquer la genèse de cette récurrence. Si l'on a conservé la tumeur, un nouvel examen histologique attentif décèlera en quelques points les parties malignes, et, en présence de ce kyste atteint de dégénérescence carcinomateuse au début, on devra toujours craindre les métastases et les récurrences.

IV

SIGNES DE PRESOMPTION EN FAVEUR DE LA MALIGNITE DU KYSTE

Lors du diagnostic clinique, personne ne peut affirmer qu'un kyste de l'ovaire n'a pas subi un commencement de transformation maligne. Une fois cette transformation avancée, certains symptômes pourront la démasquer : on devra y songer lorsqu'on se trouvera en présence :

1° AVANT L'INTERVENTION.

a) D'un amaigrissement rapide et prononcé; que la malade présentera un teint cachectique, plus proche du facies néoplasique que du classique facies ovarique;

b) D'une ascite, abondante, signifiant presque toujours qu'il s'agit d'un kyste papillaire à végétations externes, mais il ne semble pas exister de relation entre l'abondance de l'ascite et le nombre et le volume des végétations;

c) De masses indurées situées soit dans l'épaisseur de la paroi abdominale, soit dans la tumeur, soit sur le péritoine avoisinant.

2° PENDANT L'INTERVENTION.

L'aspect macroscopique du kyste, la découverte d'adhérences non pas inflammatoires mais néoplasiques confirmeront trop souvent l'idée de malignité qu'avait fait naître l'examen clinique.

3° APRÈS L'INTERVENTION.

L'examen microscopique en mettant en évidence : soit la dégénérescence épithéliomateuse ou carcinomateuse, soit même rien que des irrégularités nucléaires accentuées, donnera les renseignements les plus précis pour le pronostic, en l'aggravant.

V

TRAITEMENT

Le fait de porter le diagnostic de cysto-épithéliome de l'ovaire exige un traitement immédiat, afin d'éviter les complications multiples, capables d'avoir, lors de leur apparition, des conséquences fâcheuses. Le seul traitement efficace est l'intervention chirurgicale. Le traitement médical, qu'il s'agisse soit de la ponction du kyste par voie abdominale, vaginale ou rectale, soit de la marsupialisation est complètement abandonné. La ponction à travers la paroi abdominale peut encore trouver quelques indications dans les cas de tumeurs inopérables qui exercent une compression excessive. Hors de là il convient d'avoir recours à l'ovariotomie abdominale, pour traiter les cysto-épithéliomes bénins, ou à l'histérectomie complétée de l'ablation des greffes secondaires, si nécessaire, dans les cas de cysto-épithéliomes dégénérés.

A part la cachexie intense, il n'existe pas de contre-indications à l'intervention; les autres complications des kystes, telles que la torsion, la rupture, l'infection, nécessitent le traitement d'urgence.

Les suites opératoires sont excellentes. Certes, on doit parfois combattre, comme après toutes les opérations : le shock opératoire, l'hémorragie, la septicémie ou même les complications propres : la péritonite, l'obstruction intestinale, la phlébite, mais la mortalité est faible et varie entre 2 à 3 p. 100 des cas.

La convalescence est courte, le relèvement de l'état géné-

ral est rapide; même dans les opérations incomplètes, on peut voir une disparition définitive de l'ascite, un arrêt d'accroissement des noyaux péritonéaux. À ce sujet, Lucas-Championnière rappelle un cas démonstratif : en 1887, en présence d'une énorme tumeur végétante qui remplissait tout le petit bassin et l'épiploon, il referme l'abdomen sans toucher à la tumeur, et la mort n'est survenue qu'en 1900.

Cependant, il serait prudent de ne pas se fier outre mesure à la puissance d'enkystement et de résorption du péritoine. Nous ne pouvons pas conclure à la guérison après la diminution ou la disparition de ces greffes : elles risquent toujours de retrouver leur activité et de se généraliser.

Dans les chapitres suivants, nous aurons l'occasion d'insister plus longuement sur les récidives au niveau du deuxième ovaire et sur les généralisations des cysto-épithéliomes.

VI

RECIDIVES AU NIVEAU DU DEUXIEME OVAIRE

De nombreuses observations recueillies chez divers auteurs, et que nous rapportons plus haut, prouvent que les chirurgiens ont assez souvent l'occasion de constater l'apparition de récidives de kystes de l'ovaire après ovariectomie unilatérale au niveau du deuxième ovaire, respecté au moment de la première intervention parce qu'alors il avait paru sain.

Les auteurs sont d'accord pour admettre cette possibilité de récurrence des cysto-épithéliomes de l'ovaire au niveau du deuxième ovaire. Par contre, il existe entre eux des divergences considérables quant à la fréquence de ces récurrences et, par conséquent, au sujet également de l'intervention à pratiquer dans ces cas : les uns, admettant un taux assez élevé de récurrences, préconisent l'ablation des deux ovaires, tandis que d'autres, parce qu'ils ne considèrent la récurrence que comme une exception, défendent l'ovariectomie unilatérale.

Bien entendu, l'accord est unanime, et tous les chirurgiens pratiquent l'ovariectomie bilatérale lorsqu'ils se trouvent en présence d'un deuxième ovaire déjà suspect. Ils la complètent par l'ablation de l'utérus et de son paramètre lorsque l'évolution clinique ou l'aspect macroscopique de la tumeur kystique ovarienne rendent probable sa dégénérescence maligne.

Par contre, lorsqu'un seul ovaire est atteint de dégénérescence kystique et que l'autre ovaire paraît indemne, les

uns prétendent qu'il vaut mieux laisser à la malade un ovaire qui n'est pas fatalement appelé à devenir kystique, et même, si le deuxième ovaire est atteint de récédive, nous aurons, disent-ils, toujours le temps d'intervenir et de guérir complètement la patiente. D'autre part, le grand avantage de l'ovariotomie unilatérale, c'est d'éviter à la femme les troubles nombreux et pénibles qu'apporte dans son existence la suppression brusque et prématurée de la fonction ovarienne endocrinienne, à la suite d'une thérapeutique mutilante. Enfin, en laissant subsister un ovaire, on permet à la jeune femme de mener à bien des grossesses possibles. Bien mieux, fréquemment, en n'enlevant que le seul ovaire kystique, on rend à des femmes jusqu'alors stériles un bienfait indéniable en favorisant une fécondation future.

Ces arguments impressionnants n'ont pas réussi à convaincre de nombreux chirurgiens, par trop soucieux, peut-être, de l'avenir de leurs malades. Les affections ovariennes, prétendent-ils, ont toutes une tendance à la bilatéralité; et tant qu'il ne sera pas démontré que la tumeur survenant sur l'autre ovaire est toujours bénigne (nous rapportons des observations qui prouvent le contraire), il paraît imprudent de laisser un ovaire en cas de kyste unilatéral.

Silhol résume en termes succincts, mais d'autant plus suggestifs, les diverses critiques à faire aux chirurgiens conservateurs : « Il est bien entendu que dans un grand nombre de cas, le kysté est bénin et que l'autre ovaire reste intact; que dans d'autres cas on pourra arriver à temps, même les deux ovaires étant pris, mais il ne nous paraît pas désirable de faire courir le risque contraire à nos malades. Si la chirurgie conservatrice est admissible avec un risque inflammatoire, elle nous paraît impropre avec un risque néoplasique, et il nous semble que l'ovaire opposé doit être considéré, en chirurgie ovarienne, comme l'analogue du premier ganglion à prendre. Dans ces conditions, nous estimons que faire de la chirurgie conservatrice en cas de kyste de l'ovaire est une chose aussi imprudente qu'elle paraît sédui-

sante au premier abord. Si notre kyste de l'ovaire est une tumeur maligne — et nous ne pouvons jamais le savoir — nous laissons à la disposition de la récurrence et de la généralisation ultérieures l'organe le plus exposé et, peut-être, déjà condamné. Cette imprudence est d'autant plus regrettable que les épithéliomas de l'ovaire sont, peut-être, ceux avec lesquels l'intervention chirurgicale complète a obtenu les meilleurs résultats. » Lors du diagnostic clinique de tumeur de l'ovaire, personne n'est capable d'affirmer à coup sûr que l'autre ovaire ne possède déjà la tendance à devenir kystique.

Une ovariectomie unilatérale n'est qu'une intervention incomplète : l'extirpation de la tumeur et d'un seul ovaire a laissé subsister des vestiges qui se développeront par la suite au niveau du deuxième ovaire. Cette propagation néoplasique se ferait :

1° par continuité;

2° par la voie lymphatique.

1° La propagation par continuité est corroborée par quelques observations. Entre autres, nous nous permettrons de reproduire :

a) Nicholson (*Zeitch. für Geb. und gyn.*, 1909) : A observé un kyste mucoïde de l'ovaire ayant envahi l'utérus et s'étendant jusqu'au vagin.

b) Croisier (Blois, 1907) : Cancer secondaire de l'utérus ayant les caractères microscopiques du cancer épithélial de l'ovaire chez une femme atteinte de deux kystes ovariens.

c) Communication de Cornil à la Société anatomique, cas de Richelot : On ne découvre aucune ouverture du kyste, aucune végétation péritonéale, la trompe du côté du kyste était normale, la trompe du côté opposé présentait des végétations creusées de cavités kystiques.

Donc la propagation par continuité peut se faire d'un ovaire à l'utérus par la muqueuse, par conséquent d'un ovaire à l'autre.

2° En faveur de la propagation par la voie lymphatique, nous rapportons les faits suivants :

a) Marcille : Injecte une substance colorée au niveau d'un ovaire et parvient à colorer une série de ganglions du petit bassin.

b) R. Keller (Soc. obst. et gyn., Strasbourg, 1928) : A côté de deux tumeurs kystiques papillomateuses des ovaires, il découvre un ganglion néoplasique contenant des îlots de tissu néoplasique ayant tout à fait l'aspect des formations papillomateuses des tumeurs ovariennes.

*
* *

Après ces quelques considérations sur le mode de propagation de la tumeur kystique vers l'autre ovaire, nous rapportons les résultats obtenus par quelques chirurgiens :

I. — M. le Professeur J. Vanverts (*Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1929, p. 531) s'est contenté de l'ovariotomie unilatérale dans 26 cas de kystes de l'ovaire se groupant de la façon suivante :

26 kystes mucoïdes :

Uni ou plauciloculaires :

Avec végétations : 4 cas;

Sans végétations : 12 cas.

Pas de récurrence.

Multiloculaires :

Avec végétations : 5 cas;

Sans végétations : 5 cas.

63 cas de récurrence donc 33 p. 100 des cas.

Deux femmes atteintes de récurrence ont pu être opérées dans d'excellentes conditions et la guérison persiste.

La troisième malade, par contre, après une guérison apparente de dix-huit ans, ressentit de nouveaux troubles abdominaux, et quant, un an après, elle s'adressa au chirurgien,

celui-ci refusa d'intervenir, trouvant son état trop précaire, et la mort survint un an après.

II. — Boinet : Sur 74 cas observe 2 récidives.

III. — G. Von Smith (*American Journal of obst. and gyn.*, 5 nov. 1929) :

a) Cysto-épithéliomes simples : 111 cas.

ovaire opposé normal dans 87 p. 100 des cas;

dans 3 cas, son envahissement était probablement secondaire.

L'opération conservatrice donna d'aussi bons résultats que l'opération radicale. Quatre opérées eurent 8 grossesses, dont 7 normales.

b) Kystes papillaires bénins : 74 cas.

Dans 30,6 p. 100 des cas les tumeurs étaient bilatérales.

c) Cystadénomes séreux papillaires malins : 87 cas.

30,5 p. 100 des malades avaient des tumeurs bilatérales au moment de l'opération ou présentèrent une deuxième tumeur par la suite.

IV. — Mednicaroff (thèse Montpellier, 1895) indique dans quelles proportions on a pu observer la bilatéralité des kystes papillaires, sans toutefois préciser le nombre d'observations qui ont servi à déterminer ce pourcentage :

Stephen Howe, 75 p. 100;

Martin, 58 p. 100;

Tédénat, 52 p. 100;

des kystes papillaires sont ou deviennent bilatéraux.

En résumé nous admettons que l'ovariotomie unilatérale paraît insuffisante :

1° Chaque fois que le chirurgien soupçonne la dégénérescence maligne du kyste ovarien;

2° Lorsqu'il s'agit d'une femme proche de la ménopause ou l'ayant atteinte : il serait évidemment imprudent, dans ce cas, de laisser à la disposition d'une récidive possible un

organe atrophié, scléreux, dont l'importance physiologique est devenue minime, si ce n'est complètement nulle.

Quant aux kystes papillaires, du fait de leur fréquente bilatéralité et de leurs métastases nombreuses, ils se rapprochent des kystes malins; donc un traitement identique est indiqué.

Le chirurgien aura le droit de se montrer conservateur lorsqu'il découvrira un kyste muqueux et que l'ovaire opposé, minutieusement examiné, paraîtra indemne. Comme les kystes muqueux constituent la variété la plus nombreuse des kystes ovariens, l'ovariotomie unilatérale laissera fréquemment aux jeunes femmes la possibilité de devenir ou de redevenir enceintes.

Enfin, pour éviter de laisser subsister un deuxième ovaire déjà atteint de dégénérescence kystique légère au moment de l'opération, on pourrait pratiquer l'intervention de Vidal, qui propose de sectionner l'ovaire jusqu'au hile, car l'examen des parties superficielles ne suffit pas pour déterminer s'il existe une maladie des tissus; les petites formations kystiques ou tumeurs à leur début se laissent beaucoup plus facilement reconnaître à la surface de sections. Si l'ovaire n'est pas malade, les deux moitiés sont recousues au catgut. Saüger pratique cette incision exploratrice et souvent elle fut suivie d'une résection de l'ovaire.

VII

GENERALISATION

La généralisation se caractérise par l'apparition de tumeurs néoplasiques secondaires, unique ou multiples, siégeant soit sur un seul ou plusieurs organes. Ces tumeurs secondaires sont toujours composées de néoformations semblables à celles observées dans les tumeurs primitives. Elles apparaissent le plus souvent sur les organes abdominaux les plus rapprochés de l'ovaire. Ce siège initial s'explique par le mode particulier des généralisations des kystes ovariens.

MÉCANISME DE LA GÉNÉRALISATION.

Il se fait par :

a) *Rupture de la poche kystique* : Le contenu liquide répandu dans la cavité abdominale tient en suspension des cellules épithéliales vivantes, capables de se greffer puis de se multiplier.

Parmi les nombreuses causes efficientes provoquant la rupture nous citerons : une pression interne considérable, venant à bout des parois amincies, ou une pression interne, s'accroissant brusquement, par exemple durant les efforts de l'accouchement.

Le même rôle pourra être rempli par un traumatisme portant sur le kyste ou une déchirure accidentelle de la paroi pendant l'intervention chirurgicale en essayant de détacher

les adhérences. N'oublions pas l'usure des parois par des végétations intrakystiques exubérantes, qui, si elle ne se produit que lentement, n'en est pas moins dangereuse.

La simple ponction pourra être suivie d'effets aussi désastreux que la rupture brusque : elle aussi pourra laisser échapper du liquide autour du trocart, ou, une fois le trocart enlevé, si la membrane est peu élastique, le liquide pourra continuer à s'écouler.

b) La présence de végétations à la surface externe favorise la production d'adhérences qui, d'abord lâches et glutineuses, deviennent fibreuses et serrées. D'autre part, des cellules épithéliales peuvent se détacher des végétations externes et tomber dans la cavité péritonéale. Or, ces cellules sont vivantes, ainsi que le prouvent les phénomènes de multiplication des noyaux et de segmentation observés dans ces cellules. Elles se greffent en différents points et y forment des plaques néoplasiques qui, fournissant elles-mêmes de nouveaux éléments infectants, pourront envahir d'autres organes.

c) Envahissement des vaisseaux lymphatiques, ainsi qu'en témoignent les observations de Keller, de Lambret et Bazemon.

En résumé, les cellules néoplasiques se greffent, en général, sur les organes abdominaux. D'abord situées en surface, elles pénètrent dans la profondeur soit en se propageant de proche en proche, soit en suivant les vaisseaux lymphatiques.

SIÈGE DES TUMEURS SECONDAIRES.

Les organes de la cavité abdominale, et en particulier le péritoine, tant viscéral que pariétal, sont le siège habituel des tumeurs secondaires. Les viscères abdominaux, la paroi abdominale, les viscères thoraciques, sont atteints dans un nombre de cas plus limité.

Poupinel (thèse Paris, 1886), nous donne des renseignements très précis à ce sujet.

La statistique porte sur 446 cas de généralisations; on observe :

Cancer généralisé, 6 cas;
Péritoine général, 39 cas;
Péritoine pelvien seul, 13 cas;
Grand épiploon seul, 3 cas;
Péritoine intestinal, 1 cas;
Mésocôlon transverse, 1 cas;
Ganglions rétropéritonéaux, 4 cas;
Pédicule, 6 cas;
Utérus, 10 cas;
Vagin, 2 cas;
Paroi abdominale, 7 cas;
Estomac, 6 cas;
Gros intestin, 1 cas;
Rectum, 5 cas;
Foie, 7 cas;
Rate, 1 cas;
Pancréas, 2 cas;
Rein, 2 cas;
Vessie, 1 cas;
Plèvre, 12 cas;
Poumon, 5 cas;
Médiastin, 3 cas;
Pas de siège mentionné, 21 cas.

EVOLUTION DES TUMEURS SECONDAIRES.

Dans la grande majorité des cas, les récidives se produisent rapidement, plus de la moitié des cas observés avaient eu lieu dans les deux ans qui suivirent l'opération. Cependant, il est remarquable de constater que la guérison apparente se prolonge durant des années : Pozzi rapporte un cas de récidive vingt ans après l'intervention chirurgicale, et Ricard un cas treize ans après.

Cliniquement, les récidives rappellent le carcinome et,

lorsque la récurrence est localisée, la symptomatologie est celle du cancer de l'organe atteint. Très vite, l'état de la malade laisse à désirer, et, quelques mois après l'apparition des néoplasies secondaires, survient la mort, que la chirurgie impuissante ne parvient pas à vaincre, aussi a-t-on essayé l'action de la radiothérapie sur ces néoplasies.

VIII

RADIOTHERAPIE PREVENTIVE ET CURATIVE

Depuis que les remarquables travaux de l'Ecole Lyonnaise, en particulier depuis que les expérimentations de Lacassagne, sur l'ovaire de la lapine, ont démontré la grande radiosensibilité de l'ovaire et des tumeurs malignes qui s'y développent, les radiothérapeutes et les gynécologues sont d'accord pour admettre que la radiothérapie est indiquée toutes les fois que l'on se trouve en présence de tumeurs ovariennes inextirpables ou de récidives trop étendues ou trop nombreuses. Plusieurs auteurs ont même préconisé d'appliquer, après toutes les interventions pour tumeurs malignes de l'ovaire, le traitement par les radiations, afin d'empêcher l'apparition de récidives toujours possibles en pareilles circonstances.

Mais la pratique a montré l'inconstance des résultats, provenant de ce qu'on a irradié toutes les tumeurs malignes de l'ovaire. Or, toutes ces tumeurs ne sont pas que de simples variétés d'une même espèce de néoplasmes, mais toute une série de néoplasmes absolument différents les uns des autres : les uns sont radio-sensibles, tandis que d'autres sont radio-résistants. On ne devrait donc pas adresser aux radio-thérapeutes des malades sans fournir, en même temps, des renseignements anatomo-pathologiques. Il est nettement insuffisant de se fier à l'apparence macroscopique de la

tumeur, qui ne donne que des renseignements trop vagues, tel, par exemple, le diagnostic clinique de tumeurs végétantes, qui se trouve répondre à des variétés histologiques différentes.

Nous ne parlerons pas des irradiations des kystes de l'ovaire instituées à la suite d'une erreur de diagnostic, car il ne s'agit que d'une méthode exceptionnelle et regrettable qui n'entrave pas l'évolution du kyste et ne retarde que le moment de l'opération indispensable. Parfois même des conséquences plus fâcheuses se produisent et des cas de transformation maligne rapide peuvent être observés.

Par contre, lorsque l'examen histologique indiquera le caractère malin d'une tumeur kystique, même extirpée en totalité, lorsqu'il existera de fortes adhérences entre le cysto-épithéliome et les organes environnants ou quelque brèche à sa surface, on devra soumettre la patiente à des radiations préventives méthodiques pour éviter les récidives et les généralisations. Il nous est difficile de prévoir les résultats que donnera dans l'avenir, cette méthode de traitement préventif par les radiations, elle est encore d'application trop récente et n'a servi que dans un nombre restreint de cas, de sorte qu'il ne nous est pas permis actuellement d'admettre ou de nier son efficacité.

Enfin, après toute intervention chirurgicale réduite à une simple laparatomie exploratrice parce que le chirurgien s'est trouvé en présence d'une tumeur inopérable, il sera logique de tenter le traitement radiothérapique. Il en sera de même lorsque l'opérateur ne sera parvenu à extirper qu'incomplètement la tumeur kystique.

Il nous a été possible de trouver de nombreux renseignements au sujet du traitement radio-thérapique des tumeurs papillaires végétantes malignes et de leurs récidives. Ces tumeurs nous apparaissent comme des cysto-épithéliomes végétants et dégénérés; elles ne se montrent que très faiblement radio-sensibles, trop souvent un échec complet des radiations profondes confirme cette opinion. Dans le reste

des cas, on n'obtient qu'une amélioration relative : durant les premières applications, les masses néoplasiques diminuent de volume, ensuite, la radio-sensibilité semble s'émousser et faire place à la radio-résistance, si bien qu'on ne parvient pas à faire disparaître complètement les tumeurs. Le seul avantage de la radiothérapie serait de ralentir le développement progressif des cysto-épithéliomes dégénérés inopérables et de leurs métastases.

IX

OBSERVATIONS

Ovariectomie. — Récidive sur l'ovaire opposé.

OBSERVATION I.

(SPENCER WELLS, 1882.)

Femme de 42 ans, opérée, en avril 1862, d'un kyste de l'ovaire gauche par Backer-Brown.

En janvier 1863, seconde ovariectomie, par Spencer Wells, pour kyste multiloculaire de l'ovaire droit. Morte, le septième jour, de péritonite.

OBSERVATION II.

(*Idem.*)

Femme de 50 ans.

Ovariectomie, le 17 décembre 1861, pour kyste multiloculaire de l'ovaire droit.

Le 5 février 1862, seconde ovariectomie pour kyste multiloculaire prolifère de l'ovaire gauche.

OBSERVATION III.

(*Idem.*)

Femme de 27 ans.

Ovariectomie, en mai 1870, pour tumeur kystique de l'ovaire gauche. En juin 1875, extirpation d'une tumeur multiloculaire de l'ovaire droit.

En 1881, bonne santé.

OBSERVATION IV.

(*Idem.*)

Femme 35 ans, mariée.

Ovariectomie en décembre 1865, pour kyste multiloculaire de l'ovaire droit.

Décembre 1876, deuxième intervention : Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche.

OBSERVATION V.

(Dawson, Obst. Soc. of Philadelphie, 1881.)

Femme 39 ans.

En septembre 1872, extirpation d'un kyste de l'ovaire gauche.

En février 1882, seconde ovariectomie pour kyste de l'ovaire droit.

OBSERVATION VI.

(Charles H. Carter, *Lancet*, 1883, t. I, p. 4038.)

Deux ovariectomies successives pour kystes multiloculaires à contenu colloïde. Chaque fois, le kyste s'étant rupturé, la matière colloïde s'était répandue dans la cavité abdominale.

OBSERVATION VII.

(Baer, Obst. Soc. of Philadelphie, 7 mai 1885.)

Femme 33 ans.

Janvier 1884, ovariectomie pour kyste de l'ovaire gauche. Deuxième ovariectomie en avril 1885 pour kyste de l'ovaire droit.

Guérison.

OBSERVATION VIII.

(Terrier.)

Femme 33 ans.

Juillet 1879, extirpation d'un kyste multiloculaire de l'ovaire

gauche; deuxième ovariectomie en juin 1883 pour kyste multiloculaire de l'ovaire droit.

Morte, en 1885, de cancer de l'estomac.

OBSERVATION IX.

(HADJÈS, Thèse Paris, 1889.)

Femme de 42 ans.

Extirpation d'un kyste multiloculaire avec végétations de l'ovaire droit, en janvier 1884.

Ce kyste avait le volume d'une grosse tête d'adulte et présentait quatre poches accessoires.

Revue à la fin de l'année 1884, bonne santé apparente et pas de trace de récurrence.

Vers le mois d'août 1885, apparition d'une nouvelle tumeur se traduisant par des douleurs et tuméfaction.

30 mars 1886, deuxième ovariectomie : kystes de l'ovaire gauche ayant contracté des adhérences avec la paroi antéro-latérale de l'abdomen et avec l'épiploon. Extirpation en masse de la tumeur, dont l'examen donne les résultats suivants : poids, 6 kilos, ressemblant à une grappe de raisin dont chaque grain aurait au moins le volume d'un poing; le contenu est visqueux, filant, ombré. Ces diverses cavités sont groupées et implantées autour d'une masse semi-solide, sur laquelle s'observent des végétations et où vient aboutir le pédicule de la tumeur.

Examen histologique. — Une seule couche de cellules épithéliales cylindriques à cils vibratiles.

Le stroma constitué par du tissu conjonctif adulte est creusé de quelques cavités épithéliales remplies plus ou moins de végétations.

Des globes de substance colloïde disséminés un peu partout. En 1888, la guérison persiste.

OBSERVATION X.

(Docteur SILBOL.)

Femme de 45 ans.

Ovariectomie pour kyste de l'ovaire droit.

Trois ans après, apparition de douleurs et de pesanteur dans l'abdomen et le bassin.

Intervention. — Kyste de l'ovaire gauche avec quelques végétations externes; légère ascite. Ovariectomie.

Six mois plus tard, mort de généralisation.

OBSERVATION XI.

(Professeur VANVERTS, *in* thèse de R. Dumas, Lille, 1928.)

Femme de 52 ans. Deux accouchements.

13 avril 1911, ablation d'un volumineux kyste de l'ovaire droit présentant des adhérences avec l'épiploon. Le kyste composé de deux grandes poches dont la surface externe est lisse, la surface interne tapissée de nombreuses végétations. Au centre de la tumeur une masse aréolaire.

1924 : Seconde intervention chirurgicale pour récurrence au niveau de l'ovaire gauche.

Récurrences au niveau du pédicule.

OBSERVATION I.

(PANAS, Soc. de chir., 1874.)

Femme de 30 ans.

Kyste multiloculaire type à contenu glaireux. Deux ans plus tard, accroissement progressif de l'abdomen.

Nouvelle laparotomie fait découvrir un cancer du pédicule.

OBSERVATION II.

(GRANVILLE-BAUTOCK, *Trans. of obst. Soc. of London*, 1873.)

Ovariectomie double pour kyste; clamp sur un pédicule; réduction de l'autre.

Trois mois plus tard, deuxième intervention : cancer du pédicule cicatrisé. La mort survient une année plus tard.

OBSERVATION III.

(GOODELL, *Obst. Soc. of Philadelphia*, 1881.)

Ovariectomie pour kyste d'apparence bénigne. Quelques semaines après, le pédicule est atteint de dégénérescence maligne et la mort provoquée par une pleurésie secondaire.

OBSERVATION IV.

(SPENCER WELLS, éd. anglais, 1881.)

Femme de 39 ans, célibataire.

‡ Ovariectomie, pour kyste multiloculaire, en janvier 1874.

Août 1875, morte de cancer du pédicule.

OBSERVATION V.

(POLAILLOU, *Soc. de chir.*, 1885.)

Femme de 24 ans, opérée d'un kyste de l'ovaire. Le pédicule est fixe à la plaie. Bientôt une ulcération d'aspect cancéreux se produisit à ce niveau et la malade, en quelques mois, succomba d'une pleurésie.

Autopsie. — Masse sarcomateuse dans le pédicule avec envahissement du péritoine et des plèvres.

Récidives. — Généralisations.

Kystes multiloculaires.

OBSERVATION I.

(TERRILLON.)

Femme de 24 ans.

Kyste multiloculaire avec paroi interne végétante. Opération le 4 décembre 1882.

Un an plus tard, mort avec cancer de la paroi abdominale.

OBSERVATION II.

(K. THORNTON, *Med. Times and Gaz.*, 1881.)

Kyste multiloculaire opéré en 1876. Un an et demi après, récidive au niveau de la cicatrice.

Mort, par tétanos, deux ans après seconde opération.

OBSERVATION III.

(LOLLIOT, *Soc. anat.*, 1867.)

Au niveau de l'ovaire gauche, volumineux kyste multiloculaire rempli de matière colloïde et de liquide gélatineux. L'autre ovaire avait subi un commencement de dégénérescence.

L'estomac présenté, près du pylore, sur plusieurs centimètres, une dégénérescence colloïde.

OBSERVATION IV.

(VERNEUIL, *Soc. de chir.*, 1873.)

Kyste multiloculaire de l'ovaire droit coïncidant avec nombreuses tumeurs secondaires se rapprochant des sarcomes dans la grande majorité des organes.

OBSERVATION V.

(SPIEYELBERG.)

Extirpation d'un kyste multiloculaire ovarique à contenu glaireux. Par la suite, développement de tumeurs dans le petit bassin et d'un carcinome ulcéreux de l'intestin grêle.

OBSERVATION VI.

(HUNTER MAC GUIRE, *Amer. Journ. of obst.*, 1882.)

Femme de 25 ans.

Extirpation, le 12 juin 1876, d'un kyste multiloculaire de l'ovaire. Treize mois plus tard, mort (d'un cancer de l'estomac).

OBSERVATION VII.

(KRIOWLEY THORTON, *Med. Times and Gaz.*, 1881.)

Célibataire, 38 ans.

Novembre 1878, extirpation d'un kyste multiloculaire de l'ovaire droit à évolution rapide. Nombreux noyaux sarcomateux répandus dans le pédicule. Ablation complète des noyaux.

Janvier 1881, mort (généralisation aux ganglions lombaires, noyaux dans le foie et les deux plèvres).

OBSERVATION VIII.

(SPENCER WELLS, éd. anglaise, 1882, p. 50.)

Femme mariée, 33 ans.

Extirpation d'un énorme kyste multiloculaire. Guérison rapide.

Un an plus tard apparition de symptômes de péritonite chronique et d'occlusion intestinale. Mort rapide : deuxième ovaire présente masse kystique du volume d'une petite orange.

L'intestin grêle, du voisinage du cæcum est rétréci en deux endroits par des productions cancéreuses développées entre le péritoine et la tunique musculaire de l'intestin. Nodules identiques disséminés sur le péritoine.

OBSERVATION IX.

(PÉAN, Leçons de clin. chir., Hôp. Saint-Louis.)

Femme de 33 ans.

Kyste multiloculaire séreux de l'ovaire gauche extirpé le 20 juillet 1871.

Succombe, en 1873, d'un cancer des parois abdominales (le pédicule grêle avait été fixé à l'angle inférieur de l'incision abdominale).

OBSERVATION X.

(ROUTIER, thèse de Hadjès, Paris, 1889.)

Femme de 40 ans.

16 janvier 1886, ovariectomie : kyste de l'ovaire gauche inclus dans l'épaisseur du ligament large et immobilisé dans le petit bassin.

Ponction. — On retire trois litres de liquides environ, l'énucléation totale étant impossible ou résèque une partie de la poche kystique, curage de l'intérieur de la poche, remplie de végétations. Les bords de la poche sont fixés à la paroi abdominale. Drainage.

Le 12 mars, cicatrisation complète. Guérison apparente.

Mort, le 15 décembre 1896, par généralisation à la paroi abdominale et aux organes abdominaux. Deux mois déjà, avant la fin fatale, la cicatrice s'était ouverte et laissait couler un liquide ichoreux et fétide.

Examen histologique. — Epithélioma macoïde kystique à nombreuses végétations.

OBSERVATION XI.

(Paul KLEIN, *Arch. für Gyn.*, 1930.)

Femme de 65 ans.

Kyste papillaire bilatéral bénin; hystérectomie.

7 ans plus tard, métastase au niveau de la voûte vaginale, dont l'examen histologique démontra la malignité.

OBSERVATION XII.

(KORTZ, *idem.*)

Rapporte le cas dans lequel on observa une récidence maligne au niveau de la paroi abdominale, seize ans après' ovariectomie pour kyste bénin de l'ovaire.

OBSERVATION XIII.

(DERHAREDLICKER-ZARKI, thèse Fribourg, 1910.)

Mme M..., 59 ans.

Dès janvier 1905, son médecin avait porté le diagnostic de kyste de l'ovaire, et en mai 1905 l'avait ponctionné, et avait répété la même manœuvre à plusieurs reprises.

Le 10 septembre 1906 : Laparotomie.

Kyste multiloculaire, partant de l'ovaire droit, occupant presque tout l'abdomen; nombreuses adhérences avec la vésicule biliaire. Ovariectomie.

Examen histologique. — Kyste multiloculaire, tapissé par un épithélium cylindrique élevé.

Suites éloignées. — Deux ans plus tard, mort due à un carcinome généralisé du péritoine.

**Tumeurs kystiques papillifères des deux ovaires
avec métastases ganglionnaires.**

(R. KELLER, Soc. d'obst. et de gyn., Strasbourg, 1928.)

Femme de 34 ans.

Laparotomie : deux tumeurs kystiques portant des excroissances papillomateuses à leur surface; hystérectomie totale en un temps; après avoir enlevé le tout, on découvre, dans la profondeur des tissus, à proximité des gros vaisseaux, un ganglion lymphatique de la taille d'un haricot, qui est enlevé. On ne découvre pas d'autres ganglions dans le bassin.

Examen histologique. — Les tumeurs sont composées d'une aggro-

mération de kystes, tapissés çà et là par des excroissances papillomateuses traversant en partie la paroi des kystes.

Dans le ganglion lymphatique, on observe dans la périphérie et au centre lui-même une grande quantité d'îlots de tissu néoplasique ayant tout à fait l'aspect des formations papillomateuses des tumeurs des ovaires. Par endroit, par contre, la structure avait changé et l'on voyait des îlots de cellules néoplasiques en forme de noyaux solides, sans aucune cavité centrale, prouvant une tendance nette à la dégénérescence maligne.

Métastases tardives dans les ganglions axillaires d'un kyste mucoïde de l'ovaire sous récurrence locale.

(LAMBERT et BAZEMON, *Nord médical*, avril 1929.)

Chez une malade opérée cinq ans auparavant pour kyste mucoïde de l'ovaire gauche et fibrome utérin, apparaissent dans l'aisselle deux ganglions durs, dont l'un du volume d'une noix.

L'examen attentif du sein ne permit pas de découvrir une affection capable d'expliquer cette adénopathie, mais le caractère nettement néoplasique de ces ganglions en imposait leur ablation.

M. le Professeur Curtis démontra par l'examen histologique qu'il s'agissait d'une métastase néoplasique d'origine ovarienne.

Il n'existait aucune récurrence locale ni dans le bassin, ni dans l'abdomen.

Un cas de kyste simple de l'ovaire avec métastases.

(BAUMGARTEN, *Archiv. für pathol. and. Virchow*, Bd, 97, S. 1.)

Il s'agit d'un kyste mucoïde ordinaire, ne présentant ni épaissement des parois ni végétations papillaires à l'intérieur de la cavité.

Examen (Docteur Neumann). — La tumeur se compose de trois poches kystiques réunies entre elles par leur pédicule. Parois de 2-3 millimètres d'épaisseur, résistantes, fibreuses; face interne ridée, bosselée, recouverte d'un revêtement épithélial pavimen-

teux ordinaire : tel est l'aspect des parois de la plus grande poche.

La seconde poche présente une paroi résistante de 6-10 millimètres d'épaisseur, fibreuse; de la face interne partent des prolongements en forme de bandelettes; le contenu : liquide épais, brun sale.

La troisième poche, de forme sphérique, avec plusieurs bosselures convexes, parois minces, transparentes.

Le revêtement interne des deux dernières poches était constitué d'un épithélium cylindrique et caliciforme.

Dans la profondeur de la paroi, aucun enfoncement glandulaire de l'épithélium, ni de productions kystiques secondaires.

Donc, il s'agit d'un kyste mucoïde de l'ovaire, et le contenu plaide en faveur de cette opinion; par contre, la réunion des trois kystes simples entre eux par des pédicules est une exception. D'ordinaire, la paroi du kyste principal englobe les parois des kystes plus petits.

Opération. — Extirpation facile; en aucun point n'existe d'adhérences avec les organes voisins.

Suites opératoires. — Cicatrisation de la plaie abdominale en quatorze jours. Mais déjà l'on vit se développer des masses liquides qui s'accroissent rapidement et entraînent une dyspnée marquée; la ponction donne issue à 10 litres de liquide visqueux et filant qui contient des amas de cellules cylindriques épithéliales.

Cinq jours plus tard, nouvelle ponction; évacuation de la même quantité de liquide. Mort environ quatre semaines après l'opération

Autopsie. — Pendant les tentatives faites pour ouvrir la cavité abdominale un peu sur le côté de cette cicatrice, on tombe sur une adhérence entre la paroi abdominale et l'épiploon; cette adhérence, étendue sur plusieurs centimètres de part et d'autre de la cicatrice, comprend des cavités multiples à parois minces, des dimensions d'une tête d'épingle à un pois et plus, remplies d'un liquide visqueux; les parois des cavités présentent une face interne, lisse, blanchâtre. Dans le voisinage, sous le péritoine, apparaissent des vésicules blanchâtres, tendues, de la dimension d'un pois.

Dans le petit bassin, on retrouve environ 100 grammes d'un liquide visqueux, jaunâtre, transparent, contenant des masses blanchâtres opaques (amas de cellules cylindriques).

Les anses intestinales sont reliées entre elles ou avec l'épiploon par des adhérences solides.

Le foie et la rate agglomérés avec les anses intestinales voisines et le diaphragme.

L'utérus et les annexes masqués par des végétations, gris rougeâtre, de formation récente, recouvrant le péritoine du petit bassin d'un revêtement continu.

Adhérence complète entre paroi postérieure de l'utérus, ligament large, paroi antérieure du rectum et péritoine pelvien.

Ovaire gauche : Kyste de la dimension d'un œuf de pigeon; surface interne lisse; contenu : liquide séreux ordinaire.

Sur côté droit du tiers inférieur du rectum, un kyste du volume d'une cerise, à contenu épais, blanchâtre, gélatineux.

Autres organes, rien de particulier.

Examen histologique des productions kystiques. — Kystes colloïdes : Face interne recouverte d'une seule couche de cellules épithéliales caliciformes.

Baumgarten ajoute : « Dohrn a observé deux autres cas de kystes mucoides du type glandulaire ordinaire avec productions kystiques secondaires au niveau du péritoine et de la paroi abdominale; mais les deux malades ne sont pas mortes. »

Métastase maligne au niveau de la paroi abdominale, huit ans après l'opération pour tumeur bénigne de l'ovaire.

FR. HEIMANN, *Arch. für.gyn.*, 1930.)

Femme de 28 ans, subit, en 1916, une laparotomie pour tumeur abdominale. A cause des nombreuses adhérences, la tumeur n'est pas enlevée; il en résulte une fistule au niveau de la cicatrice.

En février 1918, on élargit la fistule et on tamponne une à deux fois par jour; la fistule se rétrécit, mais la suppuration continue.

Le 16 décembre 1918, laparotomie.

A gauche, ovaire du volume d'un poing, très adhérent à la paroi abdominale antérieure; décollement au ciseau; on vient facilement à bout des adhérences qui réunissent la tumeur à l'utérus.

Examen microscopique. — Kyste papillaire de l'ovaire; nulle part on n'observe d'épithélium pluristratifié; partout la limite entre l'épithélium et le stroma est excessivement nette.

Le 6 octobre 1919, apparition de douleurs au niveau de la cicatrice abdominale.

Le 7 juin 1926, la cicatrice est fortement indurée, et autour d'elle on perçoit plusieurs tumeurs dures, fixées dans la paroi.

Excision de l'ensemble du tissu induré en faisant passer l'incision en tissu sain.

Examen microscopique. — Dans un stroma conjonctif pauvre en noyaux, on distingue des espaces kystiques dans lesquels pénètrent des excroissances papillaires recouvertes d'un épithélium cylindrique qui, presque partout, est régulier, mais présente par places un désordre anarchique.

Il s'agit d'une tumeur maligne d'origine ovarienne, rappelant un kyste papillaire; mais l'ensemble de la topographie indique la malignité; donc, adénocarcinome.

Cysto-épithéliomes dégénérés et radiothérapie.

OBSERVATION I.

(Docteur L. MALLET, *Arch. d'électr. méd.*, Bordeaux, 1931, p. 288.)

Mme L..., 35 ans.

20 juillet 1927, hystérectomie pour double kyste des ovaires.

Kyste droit très tendu, pédiculé, flottant dans l'abdomen. Durant les manœuvres d'extorisation, il sort en laissant s'écouler du liquide jaune verdâtre, filant, caractéristique. Ablation.

Kyste gauche très adhérent; ponction et ablation.

A signaler quelques végétations néoplasiques sur le péritoine pelvien et sur la face antérieure de l'utérus.

Examen histologique (Prof. Brindeau). — Adénome à cellules cylindriques avec dégénérescence mucoïde.

Récidive au bout de deux ans :

Laparotomie : Péritoine viscéral et pariétal parsemé de petites graines dures.

Plaquée contre la colonne lombaire, une énorme masse dure, formée de ganglions lymphatiques néoplasiques.

Abstention et traitement de la malade par la radiothérapie profonde.

Premier examen clinique avant le traitement :

Palper abdominal : Dans la moitié gauche de l'abdomen, on perçoit une masse partant de l'hypocondre gauche, gagnant la fosse iliaque, pour plonger dans le petit bassin.

Toucher vaginal : Col normal; dans le cul-de-sac postérieur, masse irrégulière paraissant en relation avec masse abdominale.

Toucher rectal : Masse pelvienne faisant légère saillie sur paroi antérieure du rectum.

Traitement dure du 9 juillet 1929 au 6 septembre, tous les deux jours.

Deuxième examen clinique le 8 janvier :

Disparition complète de la masse pelvienne et de la tumeur abdominale dans la fosse iliaque gauche, mais présence d'une masse mobile dans l'hypocondre gauche et chaînes ganglionnaires cervicale et sus-claviculaire gauches.

Troisième examen le 3 août (la malade, négligente, ne s'étant pas présentée plus tôt) :

Masse de l'hypocondre gauche stationnaire.

Amaigrissement marqué, essoufflement.

Au niveau de la partie moyenne du sternum, une masse de la grosseur d'une mandarine et deux noyaux au niveau du creux épigastrique.

Les masses ganglionnaires gauches se sont développées, et il est survenu une chaîne ganglionnaire cervicale et sus-claviculaire à droite.

Dans le cul-de-sac vaginal postérieur, un noyau de la grosseur d'une noix.

Traitement radiothérapique.

Quatrième examen le 5 novembre 1930 :

Amélioration de l'état général; diminution de la masse de l'hypocondre gauche.

Masse sternale de la grosseur d'une noix.

Ganglions cervicaux et sus-claviculaires persistent, bien qu'atténués.

Nouveau ganglion de la grosseur d'une noisette dans l'aisselle gauche.

Cinquième examen en juin 1931 :

Etat stationnaire.

La radiothérapie a donc joué un rôle d'arrêt manifeste, sans qu'on puisse parler de guérison.

OBSERVATION II.

(Id, *Ibid.*)

Mme C..., 31 ans.

23 avril 1930, hystérectomie subtotala par le procédé américain : une tumeur de l'ovaire gauche; une partie de la tumeur reste abandonnée dans le paramètre. Sur la face postérieure du vagin, noyau qui paraît être une métastase de la masse principale.

Examen histologique. — Cancer papillaire atypique du type des kystes papillaires dégénérés.

Traitement prophylactique du 16 mai au 25 juillet par les rayons X; irradiations presque quotidiennes; la malade quitte l'hôpital très améliorée, sans trace de récidive.

Le 7 octobre 1930, la généralisation est survenue. L'excavation pelvienne est comblée par une masse dure, adhérente, surtout à droite, et descendant très bas.

Plusieurs masses abdominales développées dans la fosse iliaque droite, dans les hypocondres droit et gauche.

Traitement intensif; malade ne peut supporter que les irradiations au niveau de la région hypogastrique droite.

Obligé d'interrompre le traitement le 13 octobre. La malade succombe le 24 décembre 1930.

Dans cette forme de kyste papillaire végétant malin, la radiothérapie a complètement échoué, car, employée immédiatement après l'opération, elle n'a pas réussi à empêcher la généralisation.

CONCLUSIONS

I. — Le cysto-épithéliome de l'ovaire est initialement une tumeur bénigne : celle-ci est susceptible parfois de dégénérer en tumeur maligne, ainsi que le démontrent et l'évolution clinique et les examens histologiques.

II. — Le cysto-épithéliome, histologiquement bénin, donne exceptionnellement des métastases.

III. — Les cas de dégénérescence maligne se multiplient au fur et à mesure que se constituent les poches secondaires et que naissent les végétations internes et externes.

IV. — La généralisation se réalise par propagation de proche en proche, par greffes sur les organes environnants, par envahissement des vaisseaux lymphatiques.

V. — Pour éviter la généralisation, il est indiqué d'avoir recours à la rachiothérapie préventive, après l'intervention chirurgicale, dès que l'on soupçonne la nature maligne du kyste.

VI. — Les cysto-épithéliomes inopérables, les vestiges des tumeurs incomplètement extirpées, les métastases et les récidives ne sont doués que d'une très faible radio-sensibilité. Les radiations profondes parviennent toutefois à arrêter leur accroissement, à diminuer même leur volume, sans jamais entraîner leur disparition complète.

VII. — L'intervention chirurgicale précoce est le traitement de choix des cysto-épithéliomes de l'ovaire : ovariectomie ou histérectomie, selon les circonstances. Mortalité opératoire minime.

VIII. — Lorsque l'intervention précoce aura permis au chirurgien une ablation totale d'un kyste de l'ovaire pauciloculaire, le pronostic sera bon; il devra être réservé dès que le kyste présentera une structure complexe et que l'examen histologique indiquera des divisions nucléaires multiples et anormales, une prolifération désordonnée des cellules et le caractère métatypique de l'épithélium.

Le pronostic sera mauvais toutes les fois que l'on découvrira un aspect carcinomateux dans l'intérieur de la tumeur, alors les généralisations se produisent dans plus de la moitié des cas.

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 12 décembre 1932.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — Maladie gélatineuse du péritoine à point de départ ovarien. *La gynécologie*, sept. 1913.
- AUBRY. — Des récidives aberrantes et tardives des kystes de l'ovaire. *Ann. de gyn.*, sept. 1890.
- CASTORPH. — Métamorphoses secondaires des kystes de l'ovaire. Thèse Wurtzburg, 1901.
- CERNÉ. — De la malignité des kystes de l'ovaire. *Rev. méd. de Normandie*, avril 1904.
- DEBRAYE. — Sur la fréquence de l'évolution maligne des kystes de l'ovaire. Thèse Paris, 1900.
- DERBAREMDICKER-ZARCHI. — Pronostic des tumeurs de l'ovaire. Thèse de Fribourg, 1910.
- DUMAS (R.). — De la récidive ovarienne après ovariectomie unilatérale pour kyste. Thèse Lille, 1928.
- ENGELBRECHT. — Ovarial-kystome. *Zeit. für gyn.*, 1926, p. 671.
- FORGUE. — Quelques précisions concernant la torsion pédiculaire des kystes de l'ovaire. *Paris médical*, 1927, 18 juin.
- FAZEUILLE. — Contribution à l'étude des kystes para-ovariens et à la torsion de leur pédicule. Thèse Bordeaux, 1923-1926.
- GAYET. — Kyste de l'ovaire. *Lyon chirurgical*, 1923.
- GRYNFELT. — Tumeur conjonctive géante de l'ovaire. *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, déc. 1927, p. 803.
- GUYOT. — Sur un cas de tumeur kystique de l'ovaire droit. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 févr. 1929, p. 199.
- GUYOT, PRINCETEAU et VIGOUROUX. — Développement rapide d'un kyste de l'ovaire. *Journ. de chir.*, déc. 1928, p. 703.

- HEIMANN (F.). — Métastase maligne au niveau de la paroi abdominale huit ans après une opération pour tumeur bénigne de l'ovaire. *Arch. fur gyn.*, 1930, p. 147.
- HERTZ. — Kystes mucoïdes de l'ovaire; ascite gélatineuse consécutive. Rapport de M. Lecène, *Bull. et Mém. de la Soc. nat. de dermat.*, n° 20, 16 juin 1928.
- HONDACT. — Opérations conservatrices dans les tumeurs kystiques bilatérales des ovaires. Soc. de chir., 11 mai 1927.
- JACQUEMAIRE. — Les occlusions intestinales au cours des kystes de l'ovaire. Thèse Paris, 1926.
- JEANNENEY (G.) et ROSSET-BRESSANT. — Kyste végétant de l'ovaire et appendicite. Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux, séance du 8 avril 1930.
- KEHRER. — Kystes géants. *Arch. für gyn.*, 1929, p. 231.
- KELLER (R.). — Tumeurs kystiques papillifères des deux ovaires avec métastases ganglionnaires. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Strasbourg*, 1928.
- LAMBERT et RAZEMON. — Métastases tardives dans les ganglions axillaires, d'un kyste mucoïde de l'ovaire sans récidence locale. *Nord médical*, 15 avril 1929, p. 301.
- LE FILLIATRE. — Kyste muqueux multiloculaire de l'ovaire à évolution maligne. *Journ. de méd. de Paris*, 25 oct. 1928.
- LETULLE. — Traité d'anatomie pathologique.
- LOUBAT. — Cysto-épithéliomes végétants des ovaires ascitogènes et à évolution lente. Opération radicale tardive. *Gaz. hebdomadaire des sc. méd. de Bordeaux*, 6 sept. 1925.
- MEDNICAROFF. — Kystes papillaires de l'ovaire; pronostic thérapeutique. Thèse Montpellier, 1904-1905.
- PASCALIS. — Les complications des kystes de l'ovaire et leur traitement. *La médecine pratique*, 30 nov. 1927.
- PATEL. — Signes cliniques des ruptures pathologiques des kystes de l'ovaire.
- POUPINEL. — De la généralisation des kystes et tumeurs de l'ovaire. Thèse Paris, 1886.
- ROBERT. — Présentation d'un kyste de l'ovaire. *Strasbourg médical*, 1926, p. 232.

- SEILHEIM. — Kystes de l'ovaire. *Zent. für Gyn*, 1926, p. 957.
- SILHOL. — Sur les inconvénients de la chirurgie conservatrice quand il s'agit de kystes de l'ovaire. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1913.
- TAYLOR (H.-C.). — *Surg. gyn. and. obst.*, 2 févr. 1929.
- TÉDENAT. — Du régime de développement des kystes de l'ovaire *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1926, p. 503.
- TOURNEUX. — Kyste dégénéré de l'ovaire droit. *Soc. d'obst. et de gyn.*, 1926, p. 378.
- VAN SMITH. — Etude clinique et anatomo-pathologique des tumeurs kystiques. *Amer. journ. of obs. and. gyn.*, 5 nov. 1929, p. 666.
- VANVOLXEM. — Contribution à l'étude du traitement opératoire des tumeurs malignes et bénignes de l'ovaire. Thèse Berlin, 1910.
- VILIARD. — Volumineux kyste du parovaire. Soc. de chir. de Lyon, 21 juin 1928.



